
Prise en charge multidisciplinaire d'un cancer du côlon métastasé au foie révélé par une occlusion. A propos d'un cas

**ALAIN LUCIANI, MARJAN DJABBARI,
MARIE-CHRISTINE ANGLADE,
BENHALIMA ZEGAI, ALAIN RAHMOUNI**
Hôpital Henri Mondor – Créteil

L'occlusion colique représente 25% environ de l'ensemble des obstructions intestinales. Il existe avec les occlusions du grêle des différences majeures en terme de physiopathologie, d'étiologies, de conduite à tenir mais également de pronostic. En conséquence, devant un tableau évocateur d'occlusion intestinale, l'imagerie doit permettre :

- de reconnaître le syndrome occlusif
- d'en reconnaître l'origine colique
- de dégager des arguments suggérant une origine néoplasique
- de prendre en charge en urgence les complications éventuelles
- de permettre une évaluation rapide de la gravité d'abord du syndrome occlusif, ensuite la néoplasie si celle ci est confirmée.

PHYSIOPATHOLOGIE :

Quelle que soit l'étiologie en cause, une occlusion colique se traduit toujours par une dilatation aérique proximale, aboutissant de proche en proche à une distension de la région iléo-caecale. En fonction de la continence de la valvule de Bauhin, cette distension peut ensuite retentir sur le grêle d'amont. Le risque majeur est la survenue d'une perforation colique, et nous retiendrons qu'un diamètre de 10cm du caecum dans un tableau d'occlusion doit être un signe d'alerte.

ETIOLOGIES

Trois grandes étiologies sont impliquées dans la survenue d'une occlusion colique avec les **tumeurs malignes dans 55%**, les volvulus dans 11% et les diverticules compliqués dans 10% des cas. Les autres causes (corps étrangers, ischémie ou tumeurs sous muqueuses, causes extrinsèques) sont plus rares.

IMAGERIE

Trois techniques d'imagerie peuvent être mises en jeu :

- Les clichés d'Abdomen Sans Préparation (**ASP**) de face début/couché complétés par des clichés en rayon horizontal sur les coupoles (éventuellement remplacés par des clichés de radiographie thoracique), ou en décubitus latéral gauche permettent d'affirmer l'origine colique de l'obstruction. Ils sont indiqués en première intention
- La place du **lavement aux hydrosolubles** en urgence est actuellement discutée. Son rôle reste majeur en cas de diagnostic différentiel avec un volvulus.

- La **tomodensitométrie** est aujourd’hui un examen fondamental dans la prise en charge d’un syndrome occlusif en urgence apportant un triple diagnostic :
 - o Diagnostic positif d’occlusion colique
 - o Diagnostic étiologique en étudiant la zone transitionnelle entre colon plat/distendu
 - o Diagnostic de gravité en cherchant des signes de souffrance pariétale, de perforation, et en permettant surtout un bilan d’extension à distance dans le cadre du carcinome colique. Il est alors possible au terme de ce seul examen de décider d’une stratégie thérapeutique globale.

PEUT ON ALLER PLUS LOIN (indépendamment du contexte d’urgence)?

Le rôle de la TDM dans le bilan d’extension du carcinome colique est toujours discuté.

- Concernant l’extension locale (classification TNM), l’échoendoscopie digestive basse est actuellement probablement la meilleure technique d’imagerie disponible [1]. Cependant, dans une étude récente portant sur 1184 patients, l’exactitude de l’échoendoscopie ne dépassait pas 69%, essentiellement du fait de ses mauvaises performances dans les lésions agressives (T3) « bulky » [1]. Les études scannographiques traditionnelles rapportent des performances globalement comparables avec des exactitudes diagnostiques oscillant entre 41 à 82% [2-6]. Le scanner multibarrettes, en réduisant l’épaisseur de coupe, en augmentant du même coup la résolution spatiale, et en permettant des reconstructions multi-planares sans perte de résolution, pourrait améliorer la précision diagnostique comme le suggère le récent travail de Kulinna et al. sur un scanner à 4 détecteurs [7]. Le scanner, même multibarrettes, rentre cependant en concurrence avec l’IRM du rectum, qui présente l’avantage de mieux identifier les différentes couches de la paroi rectale [8, 9] et surtout d’apprécier la distance résiduelle entre la tumeur princeps et le fascia du mésorectum [10, 11].
- L’un des avantages du scanner multibarrettes est de pouvoir conserver une excellente résolution spatiale sur un volume d’exploration étendu. Le scanner multibarrettes pourrait ainsi améliorer les performances du diagnostic des adénopathies métastatiques tant le long des chaînes mésentériques que le long des chaînes hypogastriques et ce dans le même examen [7]. Cependant, la suspicion d’envahissement métastatique n’est portée en scanner que sur une appréciation de la taille des ganglions mésentériques ou hypogastriques, et les techniques actuelles ne permettent pas la détection de foyers de micro métastases [12]. Le couplage du scanner multibarrettes à la scintigraphie TEP-18FDG pourrait en revanche être utile dans la caractérisation des adénopathies spécifiques [13].

- Concernant l'extension à distance (hépatique, pulmonaire), la sensibilité et la spécificité de la TDM sont désormais voisines de celle de l'IRM (> 80%), et permettent là en un temps un inventaire global de la maladie et donc une orientation thérapeutique.

Les performances en urgence de la TDM chez un patient potentiellement agité sont sans doute cependant inférieures aux données rapportées de la littérature.

Le bilan d'imagerie devant une occlusion colique avec suspicion de cancer colique repose donc d'abord sur la TDM permettant tout à la fois un diagnostic positif, un diagnostic étiologique et un diagnostic de gravité, permettant souvent au terme de ce seul examen réalisé en urgence d'envisager une stratégie thérapeutique globale.

Bibliographie :

1. Garcia-Aguilar J, Pollack J, Lee SH, et al. Accuracy of endorectal ultrasonography in preoperative staging of rectal tumors. *Dis Colon Rectum* 2002;45:10-15
2. Angelelli G, Macarini L, Lupo L, Caputi-Jambrenghi O, Pannarale O, Memeo V. Rectal carcinoma: CT staging with water as contrast medium. *Radiology* 1990;177:511-514
3. Lupo L, Angelelli G, Pannarale O, Altomare D, Macarini L, Memeo V. Improved accuracy of computed tomography in local staging of rectal cancer using water enema. *Int J Colorectal Dis* 1996;11:60-64
4. Hundt W, Braunschweig R, Reiser M. Evaluation of spiral CT in staging of colon and rectum carcinoma. *Eur Radiol* 1999;9:78-84
5. Thoeni RF. Colorectal cancer. Radiologic staging. *Radiol Clin North Am* 1997;35:457-485
6. Chiesura-Corona M, Muzzio PC, Giust G, Zuliani M, Pucciarelli S, Toppan P. Rectal cancer: CT local staging with histopathologic correlation. *Abdom Imaging* 2001;26:134-138
7. Kulinna C, Matzek W, Eibel R, et al. Staging of rectal cancer: diagnostic potential of multiplanar reconstructions with MDCT. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:421-427
8. Laghi A, Ferri M, Catalano C, et al. Local staging of rectal cancer with MRI using a phased array body coil. *Abdom Imaging* 2002;27:425-431
9. Low RN. MRI of colorectal cancer. *Abdom Imaging* 2002;27:418-424

10. Beets-Tan RG, Beets GL, Vliegen RF, et al. Accuracy of magnetic resonance imaging in prediction of tumour-free resection margin in rectal cancer surgery. *Lancet* 2001;357:497-504
11. Beets-Tan RG, Beets GL. Rectal cancer: how accurate can imaging predict the T stage and the circumferential resection margin? *Int J Colorectal Dis* 2003;18:385-391
12. Williams AD, Cousins C, Soutter WP, et al. Detection of pelvic lymph node metastases in gynecologic malignancy: a comparison of CT, MR imaging, and positron emission tomography. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:343-348
13. Staib L, Schirrmeister H, Reske SN, Beger HG. Is (18)F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in recurrent colorectal cancer a contribution to surgical decision making? *Am J Surg* 2000;180:1-5